

2024年度 風しんワクチン接種費用の補助のご案内

被保険者および被扶養者の皆様を対象に、健康づくりの一環として、風しん予防接種の費用補助を行います。補助の対象の方は、ぜひご利用ください。

1. 補助対象者

三谷健康保険組合に加入の被保険者および被扶養者

- ※風しんの抗体検査をし、抗体を有していない者に限ります。（抗体検査の費用は補助対象外）
- ※任意継続被保険者およびその被扶養者は対象外

2. 補助金額

3,000円（一人につき1回限り）

※ただし、自治体の補助がある場合は、自治体の補助の受領が優先となりますので、自治体からの補助額を除いた自己負担額が補助対象となります。自己負担額（自治体からの補助額を除く）が3,000円未満の場合は実費を補助します。補助金額については、各自治体のホームページでご確認ください。

3. 請求期間

ワクチン接種日より半年間

4. 補助金の請求方法

（提出書類）

「必ず提出いただくもの」

- 「風しんワクチン接種費用補助請求書」
- 領収書（原本）※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「風しんワクチン接種であること」が確認できるものに限りします。
- 抗体検査の結果が確認できるもの（コピー可）

「自治体補助を受けた場合のみ提出いただくもの」

- 自治体からの補助金額が確認できるもの

（申請書提出先・お問い合わせ先）
〒910-8510 福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155 FAX 0776-20-3169
ホームページ <https://www.mitani-kenpo.jp>
Eメール mi-kenpo@kore.mitene.or.jp
担当：谷口

健保組合 使用欄	補助金支給決定額	支払日	常務理事	担当上司	担当
	円	年 月 日			

2024年度 風しんワクチン接種費用補助請求書

三谷健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者	記号・番号	被保険者氏名	事業所名			
	住 所		被保険者連絡先			
	〒 -					
予 防 接 種 を 受 け た 方	①	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日	
			昭和 平成 年 月 日		年 月 日	
		医療機関名	自治体補助金額	実際に支払った金額		
			一部(円)・無	円		
	②	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日	
			昭和 平成 年 月 日		年 月 日	
		医療機関名	自治体補助金額	実際に支払った金額		
			一部(円)・無	円		
受 取 方 法 (○を付けて下さい)	現金希望	連絡先 (内線又は電話番号)	【現金受け取りの注意事項】 ◎健保組合の窓口での受取りが可能な方のみ ◎後日ご連絡しますので受け取りに来てください			
	振込希望	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通	
		口座番号		口座名義 (被保険者名義)	フリガナ	

《添付書類》

- 領収書(原本)
※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「風しんワクチン接種であること」が確認できるもの
- 抗体検査の結果が確認できるもの(コピー可)
- (自治体からの補助を受けた場合のみ添付)自治体からの補助金額が確認できるもの

【注意事項】

- 請求期間はワクチン接種日より半年間です。
- 抗体検査の費用は補助対象外となります。
- 自治体の補助がある場合は、自治体の補助が優先となりますので、自治体からの補助額を除いた自己負担額が補助対象となります。